

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

679

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Gabriel GRENIER

né le 6 juin 1913, à CONSTANTINOPLE (Turquie)

**Contribution à l'étude
du traitement chirurgical
des communications
bucco-nasales et bucco-sinuses
acquises**

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Gabriel GRENIER

né le 6 juin 1913, à CONSTANTINOPLE (Turquie)

**Contribution à l'étude
du traitement chirurgical
des communications
bucco-nasales et bucco-sinuses
acquises**

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, EDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie.. .. .	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique, médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREROUJLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophthalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCCROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique prophédeutique	Maur. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Glovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNÉ.
	VERNE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	FEY	Urologie.
BARJETY	Pathologie médicale.	FUNK	Pathologie chirurgicale.
BÉNARD Henri...	Pathologie médicale.	GAILLARD	Parasitologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GASTINEL	Bactériologie.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.	DE GAUDART	
BOULIN	Pathologie médicale.	D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.	GAYET	Physiologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	DE GENNES ..	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
COSTE	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.

MM.	
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY ...	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiâtrie.
MENÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.

MM.	
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETITDUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ...	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT..	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ...	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRÛLE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZÉLOT		MOÛRE	
DUVOIR		QUÉNU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LÉRY-RADOT ..			
SEZARY			

MM.	
ECALLÉ	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Avec la joie de lui offrir ce résultat de tant de sacrifices.

A MON PÈRE ADOPTIF

Qu'il veuille trouver ici l'expression de mes sentiments filiaux.

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MA GRAND-MÈRE ET A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNÉO

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN LEBOURG

Stomatologiste des Hôpitaux

Qui nous a inspiré cette thèse, avec
tous nos remerciements.
L'expression de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. SALLET

Pour la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELIARD

Stomatologiste honoraire des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

A MADAME LE DOCTEUR S. CERNEA-SEROT

Avec tous mes remerciements.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Contribution à l'étude du traitement chirurgical des communications bucco-nasales et bucco-sinuses acquises

INTRODUCTION

Les communications bucco-sinuses et bucco-nasales sont d'observation fréquente en Stomatologie. Elles répondent à des étiologies multiples et elles se présentent sous des formes anatomiques assez variables.

Le traitement de ces communications doit être adapté à l'importance de la perte de substance. Classiquement on réserve à des méthodes chirurgicales les petites communications et l'on traite les grandes par la prothèse.

Nous voudrions insister dans ce travail sur le traitement chirurgical dont les indications paraissent notablement élargies du fait de certain perfectionnement technique que nous décrirons.

Dès à présent, il nous paraît que seules les communications bucco-nasales résultant de la perte totale d'un maxillaire supérieur relèvent exclusivement de la prothèse.

Avant d'aborder les éléments thérapeutiques nous envisagerons successivement :

L'Anatomie normale de la région,

L'Etiologie,

Les formes cliniques et leur symptomatologie.

Il est entendu que nous n'envisagerons que les communications bucco-sinuses constituées après stabilisation des lésions qui leur ont donné naissance. Le traitement ne comportant aucune chance de succès tant que la muqueuse demeure infectée.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

Un rappel anatomique sommaire n'est pas inutile au début de notre exposé, si l'on veut bien voir à quel point il est normal que des interactions pathologiques s'établissent entre le rempart alvéolaire du maxillaire supérieur, les sinus et les fosses nasales, si voisins les uns des autres.

Chez l'embryon humain, c'est vers la fin du 2^e mois que l'on trouve, au niveau du futur méat moyen, l'ébauche du sinus maxillaire sous forme d'une cavité ampullaire. Nous passerons sur l'évolution progressive pour ne nous souvenir qu'en fait le sinus n'est individualisé que vers l'âge de 6 ans, c'est-à-dire lors de l'apparition de la dentition définitive.

Chez l'adulte, le sinus maxillaire est une cavité qui occupe la plus grande partie du maxillaire supérieur.

Décrite à grands traits, cette cavité intra-osseuse, l'antre d'Higmore, revêt la forme générale de l'os. Nous pouvons la considérer comme une pyramide triangulaire dont la base répond au plancher de l'orbite, dont les trois faces sont l'une interne, les

autres antérieure et postéro-externe. Le sommet, véritable face par où s'établissent les rapports avec les dents, a des dimensions variables.

Le sinus maxillaire est la plus grande des cavités annexes des fosses nasales. D'après BRAUN et CLASEN son volume moyen est 12 cm³ 5 du côté droit et 11 cm³ 6 du côté gauche. Il est tapissé par une muqueuse adhérente au périoste sous-jacent qui a tous les caractères de la muqueuse respiratoire.

Contentons-nous de rappeler que sa face interne est en rapport avec la cavité nasale.

La paroi antérieure correspond à la fosse canine, c'est la paroi jugale, en rapport avec la joue, immédiatement en rapport avec la muqueuse du vestibule, voie d'accès du traitement chirurgical des sinusites.

Le sommet de la pyramide que l'on décrit comme bord inférieur ou comme plancher de l'antre correspond au bord alvéolaire. Il est classiquement en rapport avec la première prémolaire et les 2 premières molaires. En réalité, les rapports entre le sinus et les dents sont des plus variables.

L'anatomie du sinus maxillaire est caractérisée par l'extrême diversité de ses dimensions. Il existe des variations très accusées, non seulement individuelles, mais encore par asymétrie des 2 sinus chez le même sujet, variations congénitales ou acquises par affaissement du plancher du sinus après des extractions dentaires prématurées.

La longueur du sinus dans le sens antéro-postérieur variant, on a des sinus étroits ou larges.

Dans le sens de la hauteur, un sinus peut être : haut situé ou bas situé.

Les dents les plus fréquemment en contact avec le sinus maxillaire sont les premières et les deuxième molaires, puis la deuxième prémolaire et la dent de sagesse, enfin la première prémolaire. La longue racine de la canine est parfois très voisine du bord antérieur du sinus. Il n'est pas rare de constater que l'apex de ces dents soit procident dans le sinus, recouvert simplement de la muqueuse sinusale. Mais alors même que les apex sont loin du fond du sinus, une série de canalicules, dans l'os spongieux, établit des communications entre la région alvéolaire et l'antre.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

1. — Pertes de substance d'origine traumatique

Les communications bucco-sinusiennes sont le plus souvent d'ordre traumatique ou résultent d'un acte chirurgical. La fistulisation buccale du sinus après une opération de curettage sinusien, sans être fréquente, n'est pas exceptionnelle ; elle est souvent produite et entretenue par des lésions d'ostéite de la paroi externe ou inférieure du sinus, elles-mêmes en rapport avec des lésions péri-apicales des dents voisines de la fistule. Quand, au cours d'une intervention sur le sinus, le chirurgien a dénudé un ou plusieurs apex, ceux-ci s'infectent et se fistulisent si la dent n'est pas correctement dépulpée et obturée. La cure radicale des tumeurs paradentaires sinusiennes ou juxta-sinusiennes peut aboutir, pour des raisons analogues, à des fistulisations et leur étiologie sera détaillée ultérieurement.

Ces communications, après intervention chirurgicale, sont le plus souvent vestibulaires.

Au contraire, la communication est alvéolaire quand elle succède à l'extraction d'une dent sinu-

sienne procidente ou au refoulement d'une racine dans le sinus.

Plus rares sont les communications bucco-sinu-siennes d'ordre traumatique dans la pratique civile. Elles ont été fréquemment observées au cours de la dernière guerre. Elles reconnaissent pour origine les plaies par balle ou éclat d'obus. Dans ces cas, aux lésions osseuses, s'ajoute l'atteinte des parties molles. De plus les foyers s'infectent fréquemment, de sorte que les lésions traumatiques se compliquent de lésions séquestrantes. Ces fractures sont extrêmement complexes, cependant il est intéressant de s'efforcer d'en établir une classification.

LEBEDINSKY et VIRENQUE ont décrit des formes centrales, orbito-temporo-malaires, maxillo-nasales, maxillo-palato-buccales, et des formes très destructives. Le cadre de notre sujet nous limite aux formes basses, maxillo-nasales et maxillo-palato-buccales.

Parmi les fractures basses, les fractures étendues du rebord alvéolaire, consécutives à des traumatismes directs, peuvent causer la perte de tout ce rebord alvéolaire, avec chute des dents. Elles s'accompagnent ou non de communication entre le sinus et la cavité buccale, de lésions de la voûte palatine.

Les fractures de la tubérosité du maxillaire intéressent aussi le rebord alvéolaire et les molaires. Elles peuvent se compliquer d'ouverture du sinus. Lorsque la tubérosité est réduite à l'état d'esquilles elle s'élimine.

Les fractures esquilleuses de la voûte palatine

font communiquer le sinus, les cavités nasales et buccale. Les pertes de substance sont fréquentes après la cicatrisation.

2. — Pertes de substance d'origine infectieuse

Les accidents osseux d'origine dentaire sont rarement graves au niveau du maxillaire supérieur. Ils se traduisent le plus habituellement par un *ostéophlegmon buccal* qui ne séquestre pas.

Cependant, chez les *syphilitiques*, ces accidents infectieux d'origine dentaire peuvent revêtir une allure séquestrante. Il est donc toujours nécessaire, en présence de séquestration importante, de rechercher la syphilis, même quand l'origine dentaire des accidents est parfaitement établie.

Dans des cas plus rares, il se produit une ostéite diffuse dont on trouvera une très bonne description dans la thèse de LAUGANTI. On observe alors une suppuration abondante, avec possibilité de séquestration plus ou moins étendue. Les collections purulentes peuvent se faire jour dans l'orbite, dans le sinus, dans la fosse temporale, à la voûte palatine. Dans l'ensemble, les reliquats osseux sont rarement des pertes de substance étendues. La maladie semble être plus grave par sa suppuration que par sa séquestration.

Nous citerons pour mémoire les *ostéites tuberculeuses* qui sont rares au niveau du maxillaire supérieur.

Le pronostic sévère de la phthisie buccale ne per-

met habituellement pas au malade de survivre assez longtemps pour faire traiter une communication bucco-sinusienne. Cependant HÉNAULT relate un cas qu'il a pu observer dans le service du professeur LEMAITRE et qui avait déterminé une perte de substance considérable.

Les lésions tuberculeuses de la muqueuse s'étendent rarement à l'os ; le lupus notamment le respecte, ne fait en tout cas que l'éroder.

L'ulcération tuberculeuse est rare au palais : elle peut dénuder l'os et provoquer des petits séquestres.

La syphilis frappe surtout le bloc incisif qui peut être éliminé en totalité. La gomme de la voûte palatine, en s'éliminant, perfore à l'emporte-pièce la région médiane ou para-médiane de cette voûte.

Citons enfin pour mémoire la nécrose phosphorée, cause d'ordre toxique, et l'ostéo-thorio-nécrose décrite par Ch. RUPPE et L. LEBOURG.

3. — Pertes de substance d'origine tumorale

A) Tumeurs paradentaires

Les KYSTES sont la grande cause de l'établissement de communications bucco-nasales soit d'emblée soit par conséquence opératoire.

On peut observer au niveau du maxillaire supérieur deux sortes de kystes : le « kyste dentifère » (ou corono-dentaire) et le « kyste radiculo-dentaire » beaucoup plus fréquent que le précédent. Le kyste dentifère se développe aux dépens d'une dent en ec-

topic, le plus habituellement d'une canine incluse, exceptionnellement d'un dent de sagesse. Le kyste radiculo-dentaire, au contraire, est le fruit d'une infection atténuée d'origine dentaire ; c'est un kyste péri-apical. Ces deux kystes peuvent atteindre un certain volume, avoir un développement vestibulaire ou intra-sinusien.

L'intervention, toujours pratiquée par voie vestibulaire, aboutit à l'ablation de la poche kystique. La cavité, si vaste soit-elle, n'intéresse jamais complètement le rempart alvéolaire, ni les lames palatines ; elle se comble progressivement.

Les kystes multiloculaires, de même que *l'épithélioma adamantin*, sont d'une extrême rareté au maxillaire supérieur.

Quant aux odontomes dentifiés, ils constituent en général des tumeurs bien limitées, incluses dans une cavité osseuse. Ils sont rarement volumineux, leur traitement est le même que celui du kyste."

B) Tumeurs d'origine non dentaire

1) TUMEURS BÉNIGNES. — Ces tumeurs du maxillaire supérieur ont une évolution lente, insidieuse et qui, habituellement, ne récidivent pas après ablation.

Parmi elles, *le fibrome pur* est rare. Il envahît la cavité sinusale avant de se développer extérieurement. C'est un fibrome central.

L'ostéo-fibrome a une extension diffuse, il « épais-
sit le rebord alvéolaire, voussure la fosse canine,
abaisse la voûte palatine » (GAGNIER).

Les chondromes sont des périchondromes développés au niveau du rebord alvéolaire ou de la face antérieure de l'os.

Les ostéomes ont une évolution lente. Ils se révèlent souvent par les troubles de compression qu'ils déterminent, au niveau de l'orbite principalement. Ils peuvent envahir les deux maxillaires.

Toutes ces tumeurs doivent être enlevées chirurgicalement. Leur exérèse conduit parfois à de grosses pertes de substances.

2) TUMEURS MALIGNES. — Leur évolution est rapide. Il faut opposer, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue du pronostic, les cancers de l'infrastructure aux cancers de la mésosuperstructure. *Les cancers de l'infrastructure* ont un développement intra-buccal permettant de les déceler rapidement. *Les cancers de la mésosuperstructure* évoluant dans une cavité préformée, le sinus, leurs premiers signes d'extériorisation sont tardifs. *A ce moment, ils ont déjà dépassé le domaine de l'opérabilité.*

a) *Au niveau de l'infrastructure* un premier type de tumeur maligne est *l'épithélioma de la muqueuse de revêtement*. Il infiltre l'os et se présente sous une forme ulcéreuse ou bien séquestrante. Son exérèse est pratiquée par voie buccale.

L'épithélioma du sinus peut également s'extérioriser au niveau de l'infrastructure.

Les tumeurs conjonctives apparaissent souvent au niveau de la voûte palatine et du rebord alvéolaire.

Leur pronostic est tellement grave que la question d'un traitement ne se pose presque jamais. On peut les classer en :

sarcomes lymphoïdes donnant des métastases. Au-dessus des ressources de la chirurgie il guérit provisoirement et localement par les agents physiques ;

sarcomes fasciculés ou fibroblastomes ;

sarcomes associés appelés par le Professeur MASON *tumeurs à tissus multiples*. Ces tumeurs auraient une évolution beaucoup plus lente que le sarcome lymphoïde mais seraient susceptibles de transformation maligne.

Enfin, il faut noter la fréquence avec laquelle on trouve, au niveau du maxillaire supérieur, des tumeurs très spéciales, *les tumeurs à myéloplaxes*. Certains auteurs en font des tumeurs inflammatoires ou de résorption sanguine. Si l'exérèse en est complètement faite, elles ne récidivent pas.

b) *Au niveau de la supermésosstructure* les tumeurs malignes présentent toutes le même aspect. Leur extériorisation tardive rend le diagnostic clinique très difficile. Ces épithéliomas du sinus envahissent les cavités profondes de la face, l'orbite, l'ethmoïde, le sinus frontal, en avant — en arrière, le cavum et le sinus sphénoïdal. Ce sont des tumeurs à évolution haute, tumeurs des fosses nasales et de l'orbite. On peut séparer de cette forme les cancers propres de la mésosuperstructure qui s'épanouissent en avant dans la fosse canine, ou envahissent en arrière la fosse ptérygo-maxillaire.

CHAPITRE III

FORMES CLINIQUES SYMPTOMATOLOGIE ET EXAMEN

L'importance des communications bucco-sinu-siennes et les symptômes qu'elles entraînent, sont évidemment variables avec la taille des pertes de substance, autrement dit avec les causes que nous venons d'énumérer. Entre la large communication répondant à une perte plus ou moins complète de toute l'infrastructure et de simples fistules bucco-sinuso-alvéolaires, se placent tous les intermédiaires concevables. Nous en examinerons trois types :

I. — Communication due à une résection typique du maxillaire supérieur

Outre les troubles esthétiques causés par la chute de la lèvre, souvent la descente du globe oculaire (troubles d'ailleurs beaucoup moins considérables que l'on ne pourrait croire) et les troubles de la mastication résultant de la perte des dents, il existe un reflux des aliments solides et liquides dans les fosses nasales, et une voix nasonnée caractéristique.

**II. — Communications de taille moyenne,
résultant de l'exérèse d'un kyste
situé au niveau de la deuxième prémolaire**

La perforation résultant de l'acte opératoire est située dans la règle sur le versant vestibulaire. Elle entraîne surtout un reflux des liquides par le nez. Les modifications de la voix sont inconstantes. Il y a impossibilité pour le malade de gonfler les joues.

**III. — Fistules bucco-sinusiennes
situées sur le versant vestibulaire
du rempart alvéolaire
dans la région des prémolaires**

On ne note guère ici que le reflux des liquides, lorsque le malade se rince la bouche. Parfois même, la communication est inconstante, à clapet, d'où la nécessité de rechercher le reflux de l'air.

Signe du souffle : on fait gonfler les joues, le malade perçoit et on entend le bruit de l'air repassant de la bouche dans le nez. Inversement en fermant hermétiquement les orifices narinaux par pression, on demande au sujet soit d'aspirer, soit d'expirer fortement. L'air tend alors à forcer le canal sinuso-buccal et l'on perçoit souvent un petit bruit ou un sifflement.

Enfin dans le cas où la fistule est imperceptible on peut en tenter le cathétérisme avec une sonde éguarrissoir.

En réalité il faut distinguer trois formes de petites communications :

Du côté vestibulaire, la gêne est nulle, seul le signe du souffle existe (gêne qui existe cependant pour les musiciens jouant d'un instrument à vent).

Sur le sommet de la crête alvéolaire, non seulement l'air mais les liquides alimentaires peuvent refluer.

Du côté palatin, la gêne est encore plus grande, c'est l'impossibilité pour le malade de boire sans faire repasser les liquides par le nez. En somme un petit orifice du côté palatin entraîne les mêmes perturbations fonctionnelles qu'un orifice vestibulaire important, de l'ordre du centimètre.

De même, les fistules bucco-nasales antérieures paraissent entraîner plus de gêne que les postérieures.

EXAMEN.

Par l'examen physique on s'attachera principalement à noter l'importance de la perte de substance, sa taille et la qualité des tissus.

Après s'être rendu compte de l'état de l'os, avoir examiné sa consistance et l'épaisseur de ses parois, dans le but de rechercher l'utilité d'une résection possible, l'état des parties molles retiendra toute l'attention. Il est très important, en effet, pour la conduite ultérieure du traitement, de noter si elles sont épaisses, bien fournies, facilement décollables, ou au contraire minces, adhérentes, cicatricielles.

Il faudra savoir si le reflux des produits buccaux n'a pas infecté chroniquement le sinus. Les lavages constitueront dans ce cas le meilleur moyen de contrôle et de traitement dans un temps pré-opératoire.

Enfin, cet examen sera utilement complété par la radiographie avec ou sans préparation. L'injection lipiodolée pourra notamment rendre des services pour mettre en évidence une fistulisation ténue.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Le traitement est symptomatique lorsqu'il met à profit des moyens prothétiques. La prothèse *consacre alors la lésion anatomique*, la solution de continuité tissulaire.

Aucun traitement chirurgical n'est en effet possible par la suite, car les tissus sont plus ou moins amincis, infectés ou atrophiés sous la prothèse.

Nous serons bref sur le traitement prothétique qui, à notre sens, doit être réservé aux cas restant au-dessus des possibilités chirurgicales.

Le traitement est au contraire curateur lorsqu'il se propose de supprimer la communication par un acte chirurgical.

1. — Traitement prothétique des communications bucco-sinusiennes

Le but de la prothèse restauratrice du maxillaire supérieur est de remédier aux troubles fonctionnels, de restituer au patient une élocution, une mastication, une déglutition aussi normales que possible.

Les déformations du visage se produisent dans

les cas de pertes de substance ayant intéressé les chevalets de la face.

Les chevalets sont constitués, le supérieur par le rebord orbitaire inférieur ; l'interne, par le pilier interne de la cavité orbitaire formé par l'union de la branche montante du maxillaire supérieur et de l'os propre du nez ; l'inférieur, par le rebord alvéolaire supérieur. Ces troubles esthétiques sont dus à la rétraction cicatricielle et se traduisent par l'aplatissement de la joue et l'affaissement de la paupière inférieure qui s'ectropionne.

Lorsque la perte de substance est latérale, il faut examiner au point de vue osseux quels sont les chevalets qui ont été touchés. La résection a porté dans la majorité des cas sur l'infrastructure. Il faut alors noter ce qui manque au rebord alvéolaire, rechercher si la lame palatine a été réséquée, et sur quelle étendue, s'il existe un point d'appui postérieur du côté de la résection pour assurer la stabilité de la prothèse.

Si la résection a porté sur la mésosuprastructure la perte de substance est plus importante, les fosses nasales sont largement ouvertes. Il faut alors rechercher si les cornets ont été respectés ainsi que l'intégrité de la muqueuse qui les recouvre.

La prothèse à établir dans ces cas de pertes de substance consécutives aux résections est une prothèse obturatrice, qui sera également appliquée dans les cas de grosses pertes de substance d'origine traumatique et de grosses perforations de la voûte palatine.

Si la perte de substance est médiane, la cavité est d'ordinaire plus réduite que dans les cas précédents. La perte de substance est habituellement consécutive à des traumatismes portant sur la région incisive et déterminant l'élimination de l'os et du bloc incisif. La conséquence est le raccourcissement de l'arc mandibulaire supérieur.

La prothèse à établir dans ces formes consiste en un appareil de recouvrement comprenant une double arcade ; l'arcade interne est formée des dents restantes qui se trouvent placées en position vicieuse. L'arcade externe est constituée par des dents artificielles en articulé normal.

Cet appareil porte, s'il y a lieu, un tuteur de lèvre.

TEMPS DE LA PROTHÈSE

Après une résection portant sur le maxillaire supérieur, deux méthodes s'offrent au prothésiste :

1) Établir une prothèse immédiate, suivie ultérieurement d'une prothèse définitive.

2) Laisser la cicatrisation se faire, établir un appareil de dilatation des brides fibreuses, puis une prothèse définitive.

1) PROTHÈSE IMMÉDIATE.

Méthode créée par Claude Martin, de Lyon, elle comprend deux stades :

a) Remplacement immédiat du tissu squelettique réséqué par un appareil fixé au sein des tissus avant la suture des parties molles.

b) Lorsque la cicatrisation est complète, l'appareil provisoire est remplacé par un appareil définitif et amovible.

Cette prothèse s'oppose de façon préventive à la rétraction cicatricielle des tissus et évite la déformation consécutive à la cicatrisation.

Ces appareils devant présenter la plus grande légèreté possible sont à établir en caoutchouc. Ils comprennent deux parties, l'une horizontale, faite sur le moule de la machoire supérieure du malade, correspond au voile du palais, à la voûte palatine et à l'arcade dentaire. Elle recouvre toute la voûte palatine pour ne pas laisser de solution de continuité.

Sur cette pièce horizontale vient s'adapter la deuxième partie de l'appareil qui est verticale et qui a été montée sur le squelette. Formée par une lame de caoutchouc durci qui représente la paroi antérieure de l'os, elle constitue en quelque sorte une façade, les parties postérieures du corps de l'os étant supprimées.

La disposition en façade de la partie verticale laisse libre la cavité créée par l'ablation de l'os. Celui-ci peut lors se cicatriser librement. D'autre part, les téguments de la face sont suffisamment soutenus pour que la difformité soit parfaitement corrigée. La partie horizontale de l'appareil permet de reconstituer immédiatement la mastication et la prononciation.

Cet appareil est laissé jusqu'à la réunion complète de la ligne de suture. On place ensuite une prothèse définitive.

Les reproches que l'on peut adresser à cette méthode sont :

a) Le danger d'infection que crée la présence d'un appareil dans une plaie ouverte et déjà très septique.

b) L'irritation que cause le caoutchouc, excellent milieu de culture, sur les muqueuses déjà traumatisées.

c) Le fait de favoriser la récurrence des tumeurs malignes, grave reproche que les auteurs allemands ont fait à cette thérapeutique.

2) PROTHÈSE DE DILATATION.

Son but est d'effectuer le modelage et l'assouplissement des brides. Elle lutte contre les adhérences profondes des parties molles de la joue, de la lèvre supérieure et permet la mise en place de la prothèse définitive. Cette prothèse de dilatation sera mise en jeu quatre ou cinq mois après l'intervention. Elle le sera pendant un temps variable, le travail de dilatation demandant, suivant l'état des brides, de un à trois mois d'application. Ces appareils doivent agir sur les cicatrices avec une extrême douceur, et ne pas causer de douleurs aux malades. Ils sont basés sur l'emploi d'une force intermittente ou continue.

Appareil à action intermittente. — C'est l'appareil de Martinier. Cet appareil masse et dilate le tissu cicatriciel pendant la mastication. Lorsqu'un gain est obtenu, l'appareil est augmenté de volume en conséquence et ainsi de suite. Il est constitué :

a) Par un bandeau externe contournant les dents et s'appuyant sur la gencive.

b) Par une plaque estampée sur la voûte palatine restante. Sur cette plaque est insérée une masse de caoutchouc vulcanisé, reproduite par moulage des tissus cicatriciels à distendre. Le volume de la masse est augmenté à l'aide d'application de gutta-percha.

Appareil à action continue

a) *Appareil de Claude Martin.* — Il se compose d'une pièce palatine qui recouvre la voûte. Elle est fixée aux dents du côté sain. Du côté opposé, elle est maintenue par un ressort prenant point d'appui sur le maxillaire inférieur. Cette pièce principale en supporte deux autres accessoires. L'une, fixée sur la face supérieure à sa partie postérieure, fait corps avec elle et remonte jusqu'au sommet de la cavité sur laquelle elle est moulée. L'autre est fixée à la partie antérieure, mais par une articulation à charnière placée un peu au-dessous du bord antérieur de l'orifice. Un ressort placé horizontalement sur la pièce accessoire postérieure appuie sur la pièce antérieure mobile, articulée comme un volet. Celle-ci, par sa pression continue sur le tissu cicatriciel, en produit progressivement l'élongation.

b) *Appareils de Louis Ruppe.* — Un premier appareil est constitué par une pièce mobile qui s'écarte progressivement d'une autre pièce adaptée sur les dents et le palais. La pièce mobile est guidée par une coulisse faite de deux tubes et de deux tiges. Elle est écartée peu à peu de l'appareil par des ressorts à bou-

dins passés dans les tiges, ou par des rondelles de caoutchouc mou découpées dans des plaques de caoutchouc mou vulcanisé.

3) LA PROTHÈSE TARDIVE DÉFINITIVE.

Cette prothèse est dite définitive quand elle remplace les tissus qui sont disparus sans aucun espoir de régénération.

La prothèse définitive peut se réduire à une simple lame palatine. L'empreinte se prend au plâtre après obturation à la cire de la perforation. La plaque est confectionnée en vulcanite ou en métal.

Elle peut nécessiter la présence d'un obturateur. C'est le cas de toute perte de substance importante du maxillaire supérieur. On fait une prise d'empreinte en deux temps.

a) Empreinte de la cavité.

b) Empreinte de la voûte palatine restante.

L'appareil se compose d'une plaque palatine et d'un obturateur.

La plaque palatine est en caoutchouc et porte les moyens d'encrage de tout l'appareil ainsi que les dents artificielles.

L'obturateur fut employé au début en caoutchouc mou dans l'appareil définitif de Claude Martin, de Pont. Le caoutchouc semble être abandonné maintenant à cause de sa désagrégation rapide.

L'obturateur en caoutchouc dur nécessite souvent l'interposition entre la balle obturatrice et la plaque palatine, d'un système élastique qui permette

d'amortir les chocs au cours de la mastication, évitant ainsi les ulcérations de la muqueuse et permettant au patient de mieux tolérer son appareil.

L'appareil à obturateur mobile de Louis Ruppe se compose :

a) D'une balle obturatrice creuse en caoutchouc vulcanisé dur, dont la partie inférieure doit venir se placer à peu près au niveau des fosses nasales. Cette balle est traversée par un canal de respiration.

b) D'une pièce intermédiaire en caoutchouc mou qui limite le pourtour de la partie inférieure de la cavité. La pièce intermédiaire est réunie à la balle obturatrice par une petite sphère solidaire de la balle et s'emboîtant dans une cavité creusée dans la pièce intermédiaire.

c) D'une plaque palatine en caoutchouc dur portant les moyens de rétention de l'appareil et réunie à la plaque intermédiaire par deux vis.

Dans les cavités intéressant surtout le rempart alvéolaire, ne communiquant avec les cavités nasales que par un petit pertuis, on peut employer un appareil plus simple, une balle obturatrice solidarisée avec la plaque palatine. Tels sont les appareils de Geoffroy dans lequel l'obturateur est creux, et celui de Delair, dans lequel la rétention est obtenue à l'aide de pédales.

2. — Traitement chirurgical

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

A quels cas s'applique la *fermeture auto-plastique des communications bucco-nasales et bucco-sinu-siennes* ? (Gérard MAUREL.)

Il nous faut d'emblée éliminer des causes très rares, telles que le mal perforant buccal tabétique, ou les ostéo-nécroses dues au radium ou au thorium. (MM. Charles RUPPE et LEBOURG.)

Nous avons déjà fait les réserves convenables en ce qui concerne les délabrements trop étendus et qui dépassent le cadre de la chirurgie.

Les indications d'opérabilité suivent ici les lois générales, c'est-à-dire que le terrain tuberculeux ou déficient commandent l'abstention.

Le D^r CROQUEFER a insisté, à ce sujet, sur l'état de la crase sanguine. Les états hémogéniques de toute nature paraissent nuire à la bonne cicatrisation. Il importe, lorsqu'on les rencontre, de les corriger préalablement à l'acte chirurgical.

Enfin, il faudra tenir le plus grand compte de l'âge des sujets ; il est évident que plus un sujet est jeune, plus ses tissus sont aptes à la régénération, favorisant ainsi considérablement l'acte chirurgical.

En ce qui concerne le traitement proprement dit, il ne peut être question des fistules sinusales. La cure radicale en est le traitement de la sinusite maxillaire qui l'accompagne généralement. En nous reportant à l'étiologie, nous voyons que ressortissent du do-

maine de la fermeture autoplastique les communications bucco-nasales produites soit spontanément, soit après une intervention chirurgicale : kystes paradentaires, sinusite maxillaire, ostéïde du maxillaire supérieur, effractions traumatiques du sinus.

On envisagera d'abord les communications siégeant au niveau du bord alvéolaire, ou siégeant dans la région vestibulaire.

Au niveau de la région vestibulaire les ouvertures peuvent se trouver dans la région antérieure et mettre en communication la cavité buccale et les fosses nasales. Plus en arrière l'ouverture met en communication la bouche et le sinus maxillaire.

Dans certains cas, la communication vaste s'établit entre la cavité buccale, d'une part, et le sinus maxillaire et la fosse nasale du même côté, d'autre part.

Dans le cas où l'ouverture existe au niveau du rebord alvéolaire, elle est généralement d'une étendue moins considérable, consécutive souvent à une extraction. On ne peut envisager ici les perforations mettant en communication le sinus et la bouche dues au mal perforant buccal que l'on rencontre en particulier chez les tabétiques. Une fermeture autoplastique serait ici vouée à un échec certain.

L'âge, ni la présence ou l'absence de dents n'offrent de contre-indication. Une seule contre-indication est formelle: c'est l'existence d'une suppuration nasale ou sinusale faisant issue dans la cavité buccale par l'orifice.

L'anesthésie de choix sera l'anesthésie régionale du maxillaire supérieur ou du nerf palatin complétée ou non par des injections locales.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous prendrons comme type de description la fermeture autoplastique d'une communication buccosinusienne située au niveau de la fosse canine, dans le fond du sillon vestibulaire de forme elliptique et dont la dimension antéro-postérieure serait environ de 15 mm.

1^{er} temps. — L'incision est dirigée dans le sens antéro-postérieur, suivant le grand axe de la communication à combler. Elle doit s'étendre, d'autre part, en avant et en arrière de cette communication sur une distance qui doit être très grande par rapport à l'étendue de la perte de substance à obturer.

2^e temps. — C'est l'excision du tissu cicatriciel qui borde l'orifice. Il y a lieu de ne pas accentuer outre mesure cette exérèse dans le sens de la profondeur.

3^e temps. — C'est le décollement des lambeaux qui constitue le temps principal de l'autoplastie. Le lambeau supérieur se taille par dédoublement aux dépens des tissus de la joue. En profondeur il doit comprendre non seulement la muqueuse et la sous-muqueuse, mais encore une épaisseur notable du tissu cellulo-adipeux. A mesure que l'on taille dans l'épaisseur de la face interne de la joue on constate en soulevant le lambeau par son bord libre que ce lambeau se mobilise de plus en plus et acquiert une

élasticité, une souplesse qui contraste avec la rigidité et l'adhérence que présentait auparavant la communication bucco-sinusienne. La hauteur de ce lambeau jugal doit être suffisante pour que, présenté devant l'orifice, il le recouvre complètement et facilement. Le lambeau inférieur se taille aux dépens de la muqueuse vestibulaire plaquée sur l'infrastructure maxillaire, sur la face externe de l'os, sur le rempart alvéolaire. Dans le cas où les dents sont présentes, ce lambeau est limité en bas par les languettes gingivales. D'autre part, la muqueuse et le périoste sont adhérents au tissu osseux et doivent être séparés de lui ensemble. Le décollement doit se faire avec des précautions particulières. Le lambeau maxillaire n'aura pas la souplesse du lambeau supérieur ; il ne faut donc lui demander que d'arriver au niveau du bord inférieur de l'orifice de communication.

4^e temps. — La suture. Le matériel de suture utilisé habituellement par Gérard Maurel est de la soie chirurgicale de petit calibre, exceptionnellement du fil d'argent fin. L'aiguille de Reverdin, fine et très courte, sert ordinairement. La suture est commencée par la partie postérieure et terminée en avant. Les points doivent être rapprochés : 6 millimètres d'intervalle environ.

Le drainage. — En général il se trouve suffisamment assuré par la communication de la face cruentée de la plaie avec le sinus ou la fosse nasale, et il n'est besoin à ce point de vue d'autre précaution spéciale. Si cependant un hématome post-opératoire

était à craindre, une mèche iodoformée serait placée qui ressortirait au niveau du méat inférieur (comme dans le Calwell-Luc). On l'enlève au bout de vingt-quatre heures.

Soins post-opératoires. — Comportent trois recommandations importantes dont l'inobservation peut être la cause d'échecs nombreux.

1° Immobilisation des lambeaux. L'immobilisation absolue est presque impossible en bouche. Il faut recommander au malade de ne pas souffler, de ne pas rire, de ne pas parler, de ne pas se moucher ; il lui faudra autant que possible éviter de bailler, de tousser, d'éternuer, tous actes qui favorisent la disjonction de la suture.

2° Pas d'alimentation pendant 48 heures autre que de l'eau bouillie sucrée, en quantité suffisante, prise de préférence au chalumeau pour éviter toute souillure de la suture.

3° Les lavages antiseptiques ou non de la bouche doivent être formellement proscrits. Le malade sera revu 48 heures après l'autoplastie. La suture est nettoyée des exsudats, touchée à la teinture d'iode. Les points de suture sont enlevés vers le huitième jour.

Cas particulier. — Fermeture d'un orifice non plus vestibulaire, mais alvéolaire. Supposons une cicatrice circulaire de 1 cm. de diamètre chez un malade dont le bord alvéolaire est édenté aux environs de l'orifice à fermer.

Ici encore la fermeture comporte deux lambeaux,

l'un vestibulaire que l'on peut faire remonter plus ou moins haut, jusqu'au fond du sillon vestibulaire et au delà, et en lambeau interne palatin. Le décollement de ce lambeau est fait avec la rugine courbe de Trélat. Le décollement est poursuivi en dedans jusqu'à la ligne médiane, en avant et en arrière il faut respecter les artères palatines. Cependant, au cas d'une intervention obturatrice d'un orifice situé à la partie postérieure du vestibule ou du bord alvéolaire, on peut être amené à la sectionner au cours du décollement. Aucun incident notable n'en découle d'ailleurs. Il faut simplement laisser sur le lambeau palatin un tamponnement antiseptique retiré le troisième jour.

Le débridement palatin se fait par une incision antéro-postérieure d'assez grande étendue, située sur un point variable de la voûte palatine, suivant le siège de la communication. L'incision, une fois pratiquée, la rugine courbe de Trélat est insinuée sous la fibro-muqueuse et va décoller le long de la voûte palatine jusqu'à la région alvéolaire, où elle retrouve l'incision d'avivement, s'il s'agit d'un pertuis alvéolaire, ou plus loin dans le vestibule, s'il s'agit d'un orifice vestibulaire.

Cette manœuvre du décollement palatin permet de soulever la fibro-muqueuse palatine et de la porter au devant du lambeau vestibulaire. Lorsqu'on la pratique, on insinue, pendant 48 heures, sous le lambeau palatin, un léger tamponnement à la mèche iodoformée que l'on fait ressortir du côté interne par le débridement palatin. Cette manœuvre, imitée de

l'urano-plastie, mais située en dedans au lieu d'être située en dehors de la perte de substance à combler, constitue une ressource précieuse dans tous les cas d'insuffisance d'étoffeement et de souplesse du lambeau palatin.

La vascularisation de ce lambeau, au niveau de ses deux pédicules, antérieur et postérieur, se montre toujours suffisante, pourvu que ces pédicules soient assez larges. La cicatrisation au niveau de l'incision de débridement palatin se fait par seconde intuition, par bourgeonnement qui s'effectue avec une rapidité surprenante.

3. — Fermeture chirurgicale avec fil d'appui métallique

(MM. BÉLIARD, LEBOURG et M^{me} S. CERNÉA-SÉROT)

La technique classique telle que nous venons de la décrire compte un assez grand nombre d'insuccès

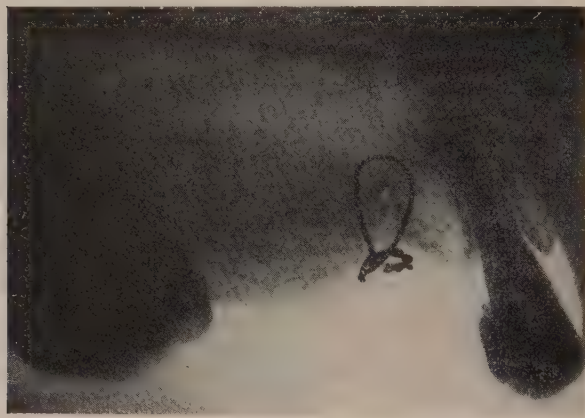
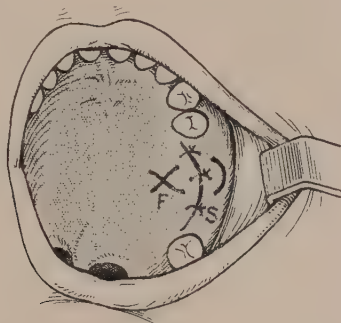


FIGURE 1

due à la disjonction des lambeaux. Les fils de soie ou de lin que l'on utilise, par leur macération dans la cavité buccale, se montrent incapables de retenir les lambeaux pendant le temps nécessaire à la cicatrisation.

Pour éviter cet inconvénient, MM. BÉLIARD, LEBOURG et M^{me} S. CERNÉA-SÉROT, ont proposé de soute-

nir les lambeaux dans la profondeur par un fil de bronze ou d'argent passé très largement en U. La technique est la même que précédemment, mais lorsque les lambeaux ont été suffisamment décollés et rapprochés, on passe à leur base à l'aide d'une



FIGURES 2 et 3

F : fil d'appui métallique. — S : Suture

fine aiguille de Reverdin, un fil métallique dont les extrémités seront rapprochées en torsade. Le serrement plus ou moins accentué du toron assurera le rapprochement des lambeaux. On termine la suture en mettant des points séparés superficiels au fil de lin ou au fil de soie.

Les fils superficiels sont enlevés 4 à 6 jours après

l'intervention, mais l'avantage de la méthode est de maintenir le fil métallique pendant plusieurs semaines.

Les auteurs pensent même que ce fil assure autour de lui une réaction fibreuse utile à la cicatrisation profonde.

Jamais aucun échec n'a été enregistré à l'Hôtel-Dieu où cette technique est systématiquement appliquée depuis trois ans.

Elle nous paraît constituer un réel progrès dans le traitement chirurgical des communications bucco-nasales, et comme le montre notre dernière observation (observation VI) ce procédé permet de fermer de larges communications qui auparavant auraient été réputées comme relevant exclusivement de la prothèse.

Voici quelques observations qui font foi des avantages de ce procédé :

OBSERVATION I. — (M. LEBOURG)

Mme P..., 52 ans, nous est adressée par M. Prudon, d'Elbeuf, en août 1936, pour une ostéite nécrosante du maxillaire supérieur, qui nécessite un large curettage intéressant le sinus.

Il subsiste après cette intervention une communication bucco-sinusale de 1 cm. de diamètre.

La malade qui hésite à revenir à Paris, va trouver à Rouen le Dr Minière, qui fait, en octobre 1936, une tentative de fermeture qui échoue. Cette tentative infructueuse nous ramène la malade en novembre 1936.

Après curettage du trajet et avivation des bords, on décolle et rapproche les deux lèvres muqueuses, on passe un fil de bronze suivant la technique ci-dessus décrite et on suture la plaie au fil de lin.

Huit jour après les fils de lin sont retirés, l'obturation est parfaite.

Le 30 novembre, c'est-à-dire une vingtaine de jours après l'intervention, le fil de bronze est enlevé, il n'existe plus de communication avec le sinus. Depuis, la guérison se maintient parfaitement, même sous la prothèse établie six mois plus tard par M. Prudon.

OBSERVATION II. — (M. LEBOURG et Mme CERNEA-SEROT)

M. C... âgé de 30 ans, se présente à nous en février 1936, avec une tuméfaction sous-orbitaire à évolution progressive.

Il existe une véritable soufflure du maxillaire supérieur droit, qui semble, à l'examen, être une tumeur liquide soulevant la région sous-orbitaire et comblant le vestibule buccal.

On perçoit nettement la fluctuation sous les téguments de la région latéro-nasale et sous la muqueuse vestibulaire et palatine.

Cette tuméfaction avait augmenté progressivement de volume depuis un an environ, ayant débuté au niveau de la première grosse molaire extraite depuis très longtemps.

Le diagnostic de kyste est évident. Il est confirmé par une radiographie qui décèle le comblement du sinus par la tumeur.

Le 28 février 1936, nous intervenons sous anesthésie locale et nous trouvons une vaste poche kystique, qui a détruit complètement la paroi osseuse externe du sinus jusqu'à l'apophyse du malaire, ainsi que la paroi inférieure ne laissant qu'une mince coque osseuse déhiscente à la place de la lame palatine.

Un an plus tard il subsiste une large perforation s'étendant de la fosse canine à la région des prémolaires, faisant communiquer la cavité buccale avec les fosses nasales et entraînant un nasonnement de la voix.

Le 30 avril 1937, après décollage des berges de la perforation, nous pratiquons sur les deux larges lambeaux, de plus de 2 cms. de longueur, une suture au fil de bronze très profonde. Les lèvres des lambeaux sont solidarisées au fil de lin. Ce dernier est enlevé huit jours plus tard et le fil de bronze n'est retiré que 2 mois après. La guérison est complète.

OBSERVATION III. — (M. LEBOURG et M^{me} CERNEA-SEROT)

M. D..., 25 ans, présente en mars 1937, une sinusite d'origine dentaire, en relation avec une monoarthrite de la première prémolaire supérieure gauche. Il existe un orifice au niveau de l'alvéole de cette dent.

On trépane le sinus, on ramène à la curette de nombreuses fongosités.

Après une série de lavages, on constate, le 16 avril, une communication bucco-sinusale.

Le 12 mai 1937, on pratique la fermeture de cette communication avec le fil d'appui en bronze et suture au fil de lin.

Le 19 mai, les fils de lin sont enlevés, et le 4 juin, le fil de bronze est retiré à son tour.

Le 9 juillet, le malade ne présente plus de communication. Depuis, la guérison définitive s'est confirmée.

OBSERVATION IV. — (MM. BELIARD et LEBOURG)

M^{lle} L..., 24 ans, vient consulter à l'Hôtel Dieu, le 9 février 1937. Elle présente à l'examen une sinusite consécutive à une monoarthrite de la première grosse molaire droite supérieure, fistulisée dans la bouche au niveau de cette dent, qu'on a tenté déjà d'extraire.

Les jours suivants, on constate un processus d'ostéite dans la région de D 6, les douleurs sont intenses, la muqueuse gingivale est tuméfiée, les dents voisines, D 8 et D 5, sont mobiles et douloureuses.

Après un examen général et un B. W. négatifs, on procède, le 2 mars, à l'ablation d'un séquestre englobant la tubérosité, la dent de sagesse et l'alvéole de la deuxième molaire.

Des soins locaux et des lavages font régresser les phénomènes inflammatoires mais on se trouve en présence d'un orifice de 2 cms. de long sur 1 cm. de large environ, dans la région des molaires supérieures droites, faisant communiquer la cavité buccale avec le sinus ; c'est une perforation à l'emporte-pièce avec disparition à la fois de la muqueuse gingivale et de l'os. Les liquides refluent par le nez et la phonation est perturbée.

Le 12 juin 1937, on tente une fermeture de cette commu-

nication ; un fil de bronze est passé à la base des lambeaux gingivaux décollés ; leur affrontement est obtenu par serrage du fil qui est fermé du côté palatin, plusieurs points au fil de lin joignent le bord libre de la plaie. Une semaine après, la suture au fil de lin est supprimée. Le fil de bronze n'est retiré que le 4 octobre. Il a été parfaitement toléré, il n'existe plus aucun orifice pathologique. Depuis cette date la malade est revue et une radiographie récente confirme la guérison et la réparation progressive de la cavité.

OBSERVATION V. — (M. BELIARD)

Le 21 avril, Mme G... nous est adressée par son médecin, le Dr Behague.

La malade présente les signes discrets d'une infection du sinus maxillaire droit, sans écoulement purulent de la fosse nasale correspondante.

La dent causale est facile à distinguer : la première molaire supérieure droite vient de faire l'objet d'un traitement prolongé durant plusieurs mois... Elle est mobile, douloureuse à la percussion.

La 2^e prémolaire avoisinante paraît grandement compromise.

L'extraction de ces deux dents est décidée.

L'intervention est faite, sous anesthésie locale, le 24 avril. L'examen de la molaire extraite révèle une perforation opératoire du plafond de la chambre pulpaire.

L'anamnèse et l'interrogatoire de la malade donnent grandement à penser que les accidents furent la conséquence de l'application malheureuse d'un pansement arsenical au niveau d'une fausse route.

L'extraction des deux dents est suivie de l'ablation d'un séquestre et du curettage d'importantes fongosités. Il en résulte une communication bucco-sinusale où le sinus est irrigué. Cette communication admet l'extrémité de l'index.

Les suites opératoires sont normales. Les symptômes de sinusite régressent rapidement. La cicatrisation s'opère, et, suivant le pronostic que nous avons immédiatement formulé la communication bucco-sinusale persiste deux mois encore après l'intervention.

Nous confirmons à l'intéressée l'utilité d'une autoplastie. Différents facteurs obligent d'ajourner celle-ci après la période des vacances.

A la rentrée la situation n'est pas modifiée. Le sinus ne suppure pas, mais la malade accuse une sensibilité à la pression au niveau de la fosse canine et quelques manifestations douloureuses spontanées dans la région sous-orbitaire.

L'opération proposée est faite le 18 octobre sous anesthésie locale et semi-régionale.

Un grand lavage du sinus précède l'intervention sanglante ; le liquide ressort limpide.

Après excision du tissu cicatriciel, nous constatons que la brèche osseuse est restée ce qu'elle était au mois d'avril.

Les lambeaux palatin et jugal sont largement constitués : le premier par rugination et décollement étendu de la fibromuqueuse palatine ; le second par clivage au bistouri aux dépens des tissus de la face interne de la joue, comme le préconise Gérard Maurel.

Un fil de bronze d'aluminium un peu fort (fil d'Angle) embroche les lambeaux à grande distance de leurs bords ; exactement au-dessus du plus grand diamètre de la perforation osseuse du plancher sinusal. Les extrémités ne sont pas immédiatement rapprochés.

Trois fils de soie sont passés à 4 millimètres des lèvres des lambeaux et leurs chefs sont successivement confiés à des pinces de Kosher de petit modèle. C'est alors seulement que les lambeaux sont attirés l'un vers l'autre, par torsion progressive à la pince, des chefs du fil métallique ; ceci jusqu'à obtenir un affrontement parfait. Un coup de ciseaux sectionne le toron à 6 mm. de sa base.

Dès lors, les fils de soie sont noués de part et d'autre de ce premier point fondamental, avec la plus grande aisance. Enfin le toron métallique est rabattu vers le vestibule et couché sur le lambeau externe.

Les suites opératoires sont nulles.

Les fils de soie sont retirés au huitième jour, le 9 novembre.

Vingt jours après l'opération, le fil métallique marque une légère mobilité : il est sectionné et retiré la suture est très

belle, parfaitement étanche et la sangle autoplastique se montre résistante. Tous les phénomènes de sinusite ont disparu.

Deux mois plus tard la guérison s'est maintenue. Elle paraît définitive.

OBSERVATION VI. — (M. LEBOURG)

M. de U..., âgé de 29 ans, fils d'un des plus grands écrivains espagnols, a été blessé le 18 février 1937, par une balle explosive, affirme-t-il. Pénétrant obliquement dans la région sous-orbitaire droite, la balle a provoqué un véritable éclatement du maxillaire supérieur puis, continuant son trajet, elle a sectionné la langue et est finalement venue se loger dans la région sous-maxillaire gauche où ses débris ont pu être extraits. Le globe oculaire droit a été détruit et une vaste perte de substance cutanée, osseuse et muqueuse faisait communiquer les fosses nasales avec la joue et avec la bouche.

Lorsque ce blessé nous a été adressé en juin 1938, la perte de substance jugale avait été comblée par un lambeau temporal qui avait permis de refaire la paupière inférieure droite. A ce moment il subsistait une large perte de substance du maxillaire supérieur ; les dents de l'hémi arcade droite avaient disparu. L'orifice buccal de la brèche pouvait admettre le passage de deux doigts. Il ne restait plus dans la région de la première molaire qu'une étroite portion de la lame palatine.

Le 8 juillet 1938, nous faisons une première tentative de fermeture, mais le malade saigne abondamment, le fil de soutien métallique se casse en quelques jours et finalement aucun résultat n'est obtenu.

Ultérieurement nous constatons que le temps de saignement et le temps de coagulation sont nettement prolongés et nous prescrivons un traitement approprié.

Le 16 septembre 1938, une heure avant d'intervenir à nouveau, nous pratiquons une injection intra-musculaire de 30 cm³ de sang frais.

Sous anesthésie loco-régionale, nous taillons alors dans la joue, en plein bloc cicatriciel, deux lambeaux aussi larges que possible. L'un nous sert à établir un plan nasal que nous suturons au cat-gut ; l'autre est rapproché du moignon de

muqueuse palatine décollée et glissée grâce à une incision paramédiane. Ces deux lambeaux buccaux sont réunis à l'aide de deux fils métalliques en U et croisés. Nous terminons par une suture au fil de lin. Les suites opératoires sont parfaites.

Le 4 novembre 1938, l'un des deux fils de soutien est supprimé et le 25 novembre il en est de même du second fil.

La communication bucco-nasale est alors définitivement fermée.

Il ne reste plus actuellement qu'à établir pour ce blessé une prothèse de remplacement.

OBSERVATION VII. — (M. LEBOURG)

M. P... âgé de 41 ans, vient consulter le 17 mars 1939, pour une communication bucco-sinusale siégeant au niveau des dents de 12 ans et de sagesse supérieures droites.

Cette communication d'environ 1 cm. de diamètre est consécutive à une ostéite due aux racines incluses et cariées de la dent de sagesse.

Les accidents ayant nécessité l'extraction remontent au mois d'avril 1938. Depuis, deux tentatives infructueuses de fermeture ont été tentées, l'une au mois de juillet 1938 et la seconde au mois de janvier 1939. Des examens de sang faits à Beaujon donnent un résultat négatif.

Le 17 mars, nous pratiquons un lavage de sinus qui ramène un liquide parfaitement clair.

Convoqué pour le 31 mars, le malade présente ce jour là une rhinite grippale que nous devons traiter avant de pouvoir pratiquer l'intervention.

Enfin, le 21 avril 1939, les phénomènes infectieux ayant cédé au niveau des fosses nasales, nous pratiquons la fermeture de la communication bucco-sinusienne avec un fil de bronze. La muqueuse est suturée par 4 points au fil de lin.

Les points au fil de lin sont enlevés le 26 avril. Entre temps, le malade étant revu régulièrement nous pouvons constater que la cicatrisation s'effectue dans de bonnes conditions.

Le fil de bronze est enlevé le 6 juin. Il ne persiste plus aucune communication.

CONCLUSIONS

1° Les communications bucco-sinusiennes constituent une infirmité définitive qui doit être traitée radicalement par la chirurgie, ou pour laquelle un traitement palliatif d'ordre prothétique peut être institué.

2° Le traitement prothétique qui comprend essentiellement des appareils obturateurs et des appareils operculaires doit être réservé à l'heure actuelle aux *très grandes* communications bucco-sinusiennes, restant très largement au-dessus des ressources chirurgicales.

3° Grâce à l'emploi d'un fil de soutien métallique maintenant les lambeaux dans la profondeur et laissé en place pendant très longtemps, le traitement chirurgical des communications bucco-sinusiennes a vu ses possibilités notablement élargies dans ces dernières années. C'est le traitement curateur de choix, qu'il faut s'efforcer d'appliquer d'autant plus que le sujet est plus jeune et le terrain plus favorable.

Vu :

LE DOYEN,
POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
BAUDOUIN.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BELIARD, LEBOURG et Mme S. CERNEA-SEROT. — A propos du traitement chirurgical des communications bucco-nasales acquises. Utilisation d'un fil d'appui métallique. *La Revue de Stomatologie*, janvier 1938.
- DIEULAFÉ et HERPIN. — Anatomie de la bouche et des dents. Paris, 1928.
- GERNEZ et LEMIERE. — De la conservation et de l'utilisation des brides cicatricielles dans le traitement des fractures des maxillaires avec pertes de substance étendues. *La restauration maxillo-faciale*, 1918, p. 66.
- HÉNAULT (M.). — La prothèse des pertes de substance du maxillaire supérieur, consécutives aux résections. Thèse Paris, 1927.
- KAZANJIAN. — Quelques problèmes relatifs à la destruction du maxillaire supérieur. Congrès dentaire interallié, 10 novembre 1916.
- LEBEDENSKY et VIRENQUE. — Prothèse et chirurgie cranio-maxillo-faciale. Baillière 1918.
- LOYAUTÉ. — Des ostéites diffuses du maxillaire supérieur d'origine dentaire. De leurs complications phlegmoneuses orbitaires. Thèse Paris, 1920.
- MARTINIER et VILLAIN. — Principes généraux appliqués aux différentes prothèses. Paris, Baillière, 1922.
- MAUREL (G.). — Chirurgie maxillo-faciale. 1931.
- MAUREL (G.). — La fermeture auto-plastique des communications bucco-nasales et bucco-sinusiennes. *Revue de Stomatologie*, 1928, p. 764.
- PONROY, PSAUME, NESPOULOUS. — La Pratique stomatologique, 1935.

NIORT. — IMPRIMERIE SAINT-POLIS

